



# UPPFÖLJNINGSRAPPORT

Uppföljning enligt beslutad uppföljningsplan 2019-2022

Kommunal utförare

Hemgångsteamet

Diarienummer: VON 2019/0138

Datum: 2019-11-07

VÅRD- OCH OMSORGSKONTORET  
BESTÄLLNINGS- OCH UPPFÖLJNINGSENHETEN

## Inledning

Uppföljning är en viktig del i kvalitetsarbetet och kommunen är ansvarig för att följa upp verksamhet oavsett utförare. Utifrån lagkrav ställs samma kvalitetskrav på privata utförare som på egna kommunala verksamheter.

Varje nämnd ansvarar för uppföljning och kontroll inom sitt ansvarsområde och ska med utgångspunkt från kommunfullmäktiges program (KS 2016/1121) ta fram riktlinjer för när och på vilket sätt avtal, överenskommelser och uppdrag i verksamheter ska följas upp.

Vård- och omsorgsnämnden har en riktlinje för arbetet med uppföljning av vård- och omsorgsverksamhet (VON 2019/0086). Riktlinjen omfattar uppföljning kommunala och privata utförare och beskriver syfte, ansvar och former för uppföljning. Syftet med att göra uppföljning är att kontrollera att lagar, förordningar och föreskrifter följs, att uppdragen utförs enligt de krav som avtalats, att uppsatta mål uppfylls, att den enskilde får vård- och omsorgsinsatser av god kvalitet och att utveckla och förbättra kvalitet och effektivitet i verksamheten.

Det finns en uppföljningsplan för 2019-2022, där den planerade uppföljningen av kommunala och privata utförare redovisas för respektive år. Uppföljning kan även ske på förekommen anledning eller utifrån ett årligt tema.

Den planerade uppföljningen genomförs av uppföljningsteamet på beställnings- och uppföljningsenheten. Uppföljningsteamet har ett sammanhållande ansvar. I teamet ingår sakkunniga, medicinskt ansvariga och socialt ansvarig samordnare.

## Verksamhet

Hemgångsteamet ska ge stöd med vård och omsorg till personer som efter en sjukhusvistelse behöver hemtjänst för första gången eller har omfattande förändrat behov av stöd för att kunna återgå till sitt ordinarie boende. Snitttiden för hemgångsteamets insatser hos brukaren är sju dagar.

## Metod

Innan uppföljningsbesöket så har kontakt tagits med ansvarig chef via telefon och e-post. Informationsbrev och frågor har skickats ut innan besöket. Ansvarig uppföljare och meduppföljare har även tagit del av dokument och uppgifter på vård- och omsorgskontoret som använts som underlag vid intervjun.

Besök och intervju har genomförts av sakkunnig samt medicinskt ansvarig sjuksköterska fredagen den 27 september. Vid besöket på enheten deltog ordinarie enhetschef samt undersköterska tillika samordnare. Efter besöket har intervjusvaren på frågorna bedömts tillsammans med resultat från de dokument som vid besöket visades upp på begäran samt uppgifter från vård- och omsorgskontoret.

Uppgifter gällande bemanning och ekonomisk status har inhämtats från ekonomienheten som följer upp eventuella krav på förbättringsåtgärder enligt gällande rutiner.

Bedömning för respektive fråga har gjorts enligt följande färgschema:

Godkänd
Delvis godkänd
Inte godkänd

Noterade svar har skickats ut till ansvarig chef för eventuell justering. Slutligen har en sammanställning av resultatet gjorts, som redovisas i slutet av denna rapport uppdelad på de frågor som ställts vid uppföljningsbesöket och bedömt resultat i enlighet med ovanstående färgskala. Av frågorna förekommer ett antal frågor som ställs för att enbart erhålla information. Dessa frågor bedöms inte enligt skalan ovan och särredovisas i slutet av rapporten.

Den slutliga enhetsrapporten skickas till ansvarig chef samt delges på vård- och omsorgsnämnden. För de frågor som har fått en gul eller röd bedömning krävs att ansvarig chef inkommer med en åtgärdsplan över vilka åtgärder som ska vidtas samt tidplan över när åtgärder ska vara genomförda. Åtgärdsplanen ska ha inkommit till uppföljningsansvarig på beställnings- och uppföljningsenheten inom 30 dagar efter att uppföljningsrapporten är klar.

Som stöd i uppföljningsarbetet med frågor, viktning och bedömning har kravsorteraren från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) använts. Det är ett verktyg för stöd i arbetet med uppföljning på enhetsnivå i syfte att underlätta strukturering och analys i systematisk uppföljning.

## Kommunikation

2019-08-16	Utskick förslag besöksdatum
2019-08-16	Besöksdatum bokad av Sirpa Päätaalo. Ny enhetschef Yalda Wallgren från v 35. Berörda personer i hemgångsteamet är inbjudna till mötet, lokal Drake är bokad.
2019-08-17	Skriftlig information via e-post inför uppföljningsbesök
2019-08-26	Nya chefen önskar byta dag för uppföljningsbesök
2019-09-27	Besök på enheten
2019-10-01	Återkoppling av svar till enhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt
2019-11-07	Uppföljningsrapport klar
2019-12-07	Eventuell åtgärdsplan ska vara inskickad till uppföljningsansvarig

## Resultatredovisning – Hemgångsteamet

FRÅGOR	BEDÖMNING	BRIST
1. Arbetar ni med riskanalys?		
2. Arbetar enheten med avvikelser enligt avvikelsehandboken?		
3. Informeras brukare och närstående om hur synpunkter och klagomål lämnas?		
4. Informeras personal om hur synpunkter och klagomål tas emot?		
5. Har något brott begåtts med polisanmälning gällande personal?		
6. Informeras personal om rapporteringsskyldighet avseende avvikelser?		
7. Arbetar ni med egenkontroll?		
8. Känner all personal till vad Lex Maja innebär?		All personal har inte systematiskt fått information om Lex Maja.
9. Deltar ni på utbildningarna som kommunen kallar till/erbjuder, som är aktuella för er verksamhet?		
10. Tillgodoser ni anställdas rätt till heltid?		
11. Hur tillgodoser ni anställdas rätt till sammanhållen arbetstid?		
12. Har 65% av tillsvidare anställd personal kompetens i enlighet med kommunen beslutade utbildningskrav på USK?		
13. Finns introduktionsprogram för nya anställda?		
14. Bedriver ni ett aktivt värdegrundsarbete?		Värdegrundsarbete bedrivs inte aktivt och systematiskt.
15. Erbjuds praktikplatser?		
16. Hur säkerställer ni att all berörd personal får del av kunskapen från utbildningar som kommunen kallar till?		

17. Följs riktlinjen för mat och måltider?		
18. Följer ni den för verksamhetsområdet framtagna rutin?		
19. Hur ser kedjan för mat distribution ut?		
20. Informeras brukaren om hur inköp av dagligvaror utförs?		
21. Hur genomför ni inköp av dagligvaror?		
22. Har brand/säkerhets utbildning genomförts med all personalen?		
23. Finns nyckelrutin?		
24. Har all ordinarie personal synliga namnskyltar samt fotolegitimation vid besök hos brukare?		
25. Vad har visstidsanställda och vikarier för identifiering?		
26. Hur tillgängliggör ni kontaktuppgifter till brukaren som gäller chef och nyckelpersoner?		
27. Finns rutin för användandet av tolk?		
28. Finns rutin för att hantera situationer där brukaren inte öppnar eller är anträffbar?		
29. Är det någon anställd som utfört insatser till egen närstående?		
30. Finns rutin/öa för samverkan kring brukaren vid övergång från hemgångsteamet till ordinarie utförare?		
31. Finns det skriftliga uppdrag på alla insatser?		
32. Tar ni emot samma dag som den enskilde är utskrivningsklar från slutenvården?		
33. Har alla medarbetarna den kunskap som krävs för att kunna dokumentera de beviljade insatserna enligt SoL?		
34. Har medarbetarna praktiska förutsättningar för att fullgöra sin dokumentationsplikt?		

35. Finns kunskap och arbetssätt för att informera brukaren om dennes rätt av att ta del av den dokumentation som finns?		Ett systematiskt arbetssätt saknas för att delge brukaren information om dennes rätt av att ta del av den dokumentation som finns?
36. Har samtliga medarbetare, både ordinarie medarbetare och vikarier, behörighet till Treserva?		
37. Sker fortlöpande dokumentation av de beviljade insatserna?		
38. Har alla brukare en aktuell genomförandeplan utifrån överenskommelse med SAS?		
39. Har alla brukare en utsedd kontaktman?		
40. Arbetar ni enligt ett rehabiliterande förhållningssätt?		
41. Sker samverkan i samband med delegeringar utifrån vård och omsorgskontorets direktiv?		
42. Har lokal rutin för läkemedelshantering upprättats i samverkan med ansvarig sjuksköterska?		
43. Fungerar vårdplaner som underlag för utförande av hälso- och sjukvårdsinsatser samt uppföljning av insatserna?		
44. Följs riktlinje för arbetstekniska hjälpmedel?		
45. Är brukarna tillgodosedda beträffande individuellt förskrivna hjälpmedel?		
46. Följs aktuell riktlinje för skyddsåtgärder?		
47. Följs vård och omsorgskontorets direktiv och instruktioner avseende vårdhygien?		
48. Används digital nyckelhantering?		
49. Finns rutin för kommunikation och dokumentation vid driftavbrott?		
50. Genomförs loggkontroller enligt beställarens rutin?		

51. Vilka samverkar ni med i kommunen?		
52. Samverkar ni med andra vårdgivare än kommunen?		
53. Har ni genomfört någon SIP enligt beslutad samverkansprocess med regionen?		
54. Finns aktuell verksamhetsplan?		
55. Finns verksamhetsberättelse för föregående år?		
56. Har personalen och underleverantörer undertecknat regler om tystnadsplikt?		

FRÅGOR SOM INTE BEDÖMS	J A	N E J	KOMMENTAR
Antal anställda på enheten?			Totalt 31 personer. 26 undersköterskor, 5 leg. personal.
Har IVO genomfört någon tillsyn?		x	
Har arbetsmiljöverket genomfört någon tillsyn?	x		Ja. Flera gånger, senast sommaren 2018. Ärendet är avslutat.
Hur många dagar sträcker sig hemgångsteamets insatser till brukarna?			2 dagar till 14 dagar, snitt 7 dagar.

Planerar ni och registrera ni utförd tid i TES?		X	Ej varit aktuellt för hemgångsteamet.
Används mobiler för att registrering av tid och insatser?		X	Ej varit aktuellt för hemgångsteamet.

### **Inhämtade uppgifter**

#### Ekonomienheten

Hemgångsteamet har enligt resursfördelningsmodell 26 årsarbetare.

Utfallet per augusti månad är 20,64 årsarbetare och prognos för 2019 visar ett överskott på +1 MSEK.

Enhetens ekonomiska status är godkänd.